

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 129.

DU CORYZA INFECTIEUX PRIMITIF

Au cours de la Scarlatine

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

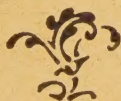
Et soutenue publiquement le 15 Mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRANCISQUE FAURE

Né à Dallet (Puy-de-Dôme), le 15 Août 1892.



LONS-LE-SAUNIER

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE LUCIEN DECLUME

1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 129.

DU CORYZA INFECTIEUX PRIMITIF

Au cours de la Scarlatine

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

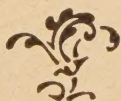
Et soutenue publiquement le 15 Mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRANCISQUE FAURE

Né à Dallet (Puy-de-Dôme), le 15 Août 1892.



LONS-LE-SAUNIER

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE LUCIEN DECUME

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ
J. LÉPINE.....

DOYEN.
ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		BÉRARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....		LÉPINE (J.).
Chimie biologique.....		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....		MOREAU.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		X ..
Pathologie et Thérapeutiques générales.....		POLICAR.D.
Anatomie pathologique.....		DOYON.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....		MOURIQUAND.
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....		ARLOING.
Pharmacologie.....		ÉTIENNE MARTIN.
		COURMONT (P.).
		PIC
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	LATARJET,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile.....	X ..	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	BRETIN.	GARIN.	DUROUX.
COMMANDEUR.	LERICHE.	SAVY.	BONNAMOUR, char-
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT Léon.	FROMENT.	gé des fonctions.
LAROYENNE.	TAVERNIER.	THEVENOT, Lucien.	SARVONAT, id.
VORON.	CADE.	PIÉRY.	FAVRE, id.
NOGIER.	GUILLEMARD.	COTTE.	GRAVIER, id.
LATARJET.			ROUBIER, id.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. MOURIQUAND, Président ; M. ARLOING, Assesseur.
MM. FAVRE et ROUBIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les disserta-
tions qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs,
et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MES GRANDS PARENTS.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE,

*à qui je dois tout, je dédie ce modeste
travail, hommage de profonde recon-
naissance et de vénération filiale.*

A MON FRÈRE,

Hommage de bien vive affection.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND,

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES,

*qui nous a donné l'idée de ce travail et
dont nous avons suivi avec le plus vif
intérêt et le plus grand profit les
leçons cliniques au lit du malade.*

A MES JUGES.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE LYON, DE L'ÉCOLE DU SERVICE
DE SANTÉ MILITAIRE,
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND.

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR.

MEIS ET AMICIS.

AVANT-PROPOS.

Le 31 juillet 1919, entrant dans le service de M. le Professeur MOURIQUAND une fillette atteinte de scarlatine qui fit au cours de son affection un coryza pseudo-membraneux. Ce coryza survint avant l'apparition d'un enduit pultacé au niveau de la gorge, deux jours après son entrée à l'hôpital. Il s'accompagna de phénomènes toxémiques extrêmement intenses et la mort survint au 4^e jour. Le prélèvement des fausses membranes pour culture décéla du streptocoque. Pas de bacille de Loeffler.

Sur les conseils de M. le Professeur MOURIQUAND, nous avons recherché, dans les observations mises à notre disposition dans le service des scarlatines, des cas analogues. Nous avons été assez heureux pour en retrouver deux autres vus par M. le Professeur WEILL et par M. le Docteur PEHU. Et nous nous efforcerons dans notre thèse inaugurale de démontrer que le coryza, bien connu comme complication de l'angine à fausses membranes précoce au cours de la scarlatine, peut aussi bien faire son apparition sans qu'on observe ou tout au moins avant qu'on observe un processus pseudo-membraneux au niveau de la gorge.

Il importe, croyons-nous, en pareil cas, de poser un diagnostic précis, le pronostic de la scarlatine en étant

singulièrement assombri et surtout des erreurs de thérapeutique pouvant être la conséquence d'un diagnostic faux.

Nous nous efforcerons dans notre thèse de préciser, d'après les éléments que nous avons pu recueillir, l'étiologie de cette affection. Nous dirons un mot du pronostic. L'étude du diagnostic différentiel nous retiendra un moment. Enfin, nous aborderons la question du traitement qui est, hélas, bien précaire.

HISTORIQUE.

Le coryza, au cours de la scarlatine, est bien connu comme complication des phénomènes bucco-pharyngés. GALLARD le signale dans le *Traité de Médecine* de BROUARDEL et GILBERT; MOURE, dans la *Semaine Médicale* de 1892. POLITZER et LERMOYEZ s'en sont occupés au point de vue du traitement. FILATOW, MOIZARD, ENRIQUEZ, HUTINEL s'entendent sur cette complication. M. le Professeur Ed. WEILL, dans son *Précis de médecine infantile*, décrit un coryza précoce et un coryza tardif à formes séreuse, purulente et pseudo-membraneuse. CHAUSSERIE-LAPRÉE, en 1900, a consacré sa thèse à l'étude de la rhinite purulente au cours de la scarlatine. Une statistique de GOUGET signale le coryza dans 3,30% des cas, une autre de MARFAN et APERT le signale dans 3% des cas. Enfin LESAGE, dans une monographie sur la scarlatine, publiée en 1912, en donne une description clinique que nous ne pouvons résister au désir de citer :

« Dans la scarlatine pure et non compliquée, le nez est
« normal. La muqueuse de la bouche et de la gorge est
« écarlate, plutôt sèche, les amygdales souvent augmen-
« tées de volume. Les sécrétions sont peu importantes.
« L'infection naso-pharyngée a pour caractère essentiel
« d'être accompagnée d'une sécrétion abondante de ces

« muqueuses. Le jetage nasal descend en arrière dans la
« gorge et en avant par les orifices antérieurs des fosses
« nasales. La sécrétion encombre le pharynx, si bien que
« la respiration est bruyante, la bouche entrouverte et
« que le liquide coule constamment en dehors d'elle. La
« sécrétion est formée de muco-pus plus ou moins séreux
« parfois hydropurulent, parfois sanguinolent. Elle irrite
« et excorie les ailes du nez et descend en bave le long de
« la bouche pour venir mouiller l'oreiller.

« Le nez, la lèvre supérieure sont œdématisés. Pendant
« les rares instants de sommeil, le muco-pus se concrète
« en croûtes plus ou moins épaisses dans les cavités
« nasales.

« La muqueuse nasale et pharyngée est œdématisée et
« congestionnée, les amygdales sont augmentées de
« volume et ferment plus ou moins complètement l'orifice
« pharyngé. Le tout est tapissé par du muco-pus.

« L'examen bactériologique permet d'y reconnaître la
« présence du streptocoque, du staphylocoque, d'un gros
« diplocoque et souvent du bacille du Lœffler. »

Donc, pour LESAGE, de même que pour tous les autres auteurs, le coryza avait apparu uniquement comme un phénomène secondaire, une complication de l'angine à fausses membranes précoce. En réalité, il peut être primitif et survenir avant que l'examen de la gorge ait décelé un enduit pultacé au niveau des amygdales. C'est ce qui ressort clairement de nos observations suivantes.

OBSERVATION I.

(*Observation de M. le Professeur MOURIQUAND*).

T. . . , Marie-Thérèse, 13 ans 1/2 (Salle Ste-Jeanne).

A. H.— Père et mère en excellente santé. Deux frères et une sœur plus jeune, bien portants actuellement.

A. P.— Rougeole vers la 8^e année. Coqueluche à 10 ans. Varicelle à 11 ans.

L'affection actuelle a débuté il y a trois jours par un vomissement, puis un mal de gorge en même temps que la malade se rendait compte qu'elle était fiévreuse. Un médecin appelé à ce moment constate une éruption de scarlatine généralisée avec angine. Il envoie la malade à l'hôpital.

Actuellement, 31 juillet, on constate sur tout le corps une éruption d'un rouge très marqué, d'aspect granité, mais ne prédominant pas aux plis de flexion. Sur la face, on constate seulement une rougeur uniforme et non plus granitée ne respectant que la partie médiane du front et le menton.

Aux bras et surtout aux avant-bras, l'éruption n'a pas tout à fait le même aspect. Ici, en plus de l'éruption scarlatineuse, on constate de petites macules rougeâtres.

A l'examen de la gorge, on constate une rougeur diffuse de tout le pharynx. Le voile du palais, les piliers antérieurs sont également rouges. Pas d'enduit pultacé sur les amygdales qui ne sont pas hypertrophiées. Pas de ganglions. Voix un peu voilée.

La langue est blanchâtre au centre, rouge sur les bords avec aspect framboisé.

La malade a mouché un peu de sang aujourd'hui. Les yeux sont légèrement injectés. Un peu d'œdème palpébral. Rien aux poumons.

Cœur régulier, bat à 135. Pointe dans le 4^e espace, $t = 40$.
Foie et rate non perçus. Gros disque d'albumine.

1^{er} août.— Au niveau des avant-bras, l'éruption s'est modifiée et ressemble à une éruption rubéolique. Pas de koplik. Les yeux sont un peu injectés. La température reste très élevée.

2 août.— La température se maintient aux environs de 40°.

Un peu de délire calme. La malade est uniformément rouge sur tout le corps et sur le visage. Les conjonctives sont enflammées.

Ce matin, est apparu un coryza bilatéral. Un liquide sanieux s'écoule des narines, descend sur la lèvre supérieure et mouille l'oreiller. L'examen de la cavité buccale ne montre pas de fausses membranes sur les amygdales, mais quelques exsudats légers et détachables sur la muqueuse des joues et au niveau des arcades dentaires.

Le 2 au soir, les fausses membranes se sont étendues, ont recouvert complètement les amygdales. On fait un prélèvement pour culture.

3 août.— Le liquide sanieux et roussâtre continue à s'écouler des narines. Mais les fausses membranes ont envahi toute la cavité buccale, les fosses nasales, le nez et même les narines.

La culture ne donne pas de Loeffler, mais seulement du streptocoque.

Cou proconsulaire. Température au-dessus de 40°. Pouls à 140. La malade est dans le coma et délire.

Délire calme.

Traitement institué : Sérum antistreptococcique : 40 cm³, élecrargol : 20 cm³, huile camphrée.

Décès le 4, à 4 heures du matin.

Autopsie.— A l'ouverture du cadavre, le foie ne dépasse pas notablement le bord inférieur des fausses côtes. Quelques adhérences pleurales assez résistantes à droite au niveau de la

scissure. Surrénales légèrement congestionnées, mais macroscopiquement intactes. Foie de 1300 gr. généralement hypertrophié avec quelques îlots de dégénérescence graisseuse superficielle plongeant peu dans le parenchyme. Reins congestifs sans lésions macroscopiques nettes. Rate de 160 gr. moyennement hypertrophiée avec saillies très nettes des corpuscules de Malpighi. Poumon gauche de 300 gr. très congestif, crépitant partout, sans noyau de broncho-pneumonie. Poumon droit présentant des adhérences scissuraires anciennes sur 3 cm. environ le long de la scissure transverse. Cœur en systole dur, sans couleur feuille morte, ne s'affaissant pas sur la table. Aorte normale. Myocarde ferme.

OBSERVATION II.

B. . . , Emilienne-Marie, 1 an 1/2. Entrée le 14 mars, morte le 30.

Scarlatine à allure grave, malgré une fièvre modérée Rhinite purulente précoce. Météorisme abdominal aigu sans participation appendiculaire. Broncho-pneumonie droite rapide compliquée de pleurésie purulente. Thoracotomie. Issue de liquide verdâtre à streptocoque. Pas d'amélioration de l'état général. Mort.

L'enfant est envoyée à la Charité pour une éruption ayant paru suspecte.

Antécédents.— Père vivant bien portant. Mère de santé délicate mais ne toussant pas, n'ayant pas eu d'autre enfant ni de fausse couche.

Personnellement, l'enfant s'est toujours bien portée. Nourrie au biberon, n'a jamais présenté de vomissements. En juin 1913, diarrhée abondante ayant duré presque trois mois. Jamais de

convulsions. L'enfant est très sujette aux coryzas. Chez elle, on avait été frappé par l'intensité de l'écoulement nasal.

L'affection actuelle a débuté le mardi 3 mars, vers 10 heures du soir. L'enfant se réveilla subitement en proie à de la gêne respiratoire. La déglutition semble avoir été douloureuse et l'enfant a vomi à plusieurs reprises. Le reste de la nuit fut très agité.

Les jours suivants l'état s'aggrave. Elle a 39°, anorexie absolue. Un médecin appelé constate de la rougeur de la gorge, mais sans aucun point blanc sur les amygdales. Jeudi 5 mars, apparition sur le corps de rougeurs diffuses, mais passagères.

A l'examen, enfant un peu abattue. Faciès coloré. Aucune éruption. Pas d'aspect granité de la peau, mais au niveau de la région pubienne et des grandes lèvres, on note un début de desquamation sous forme de lamelles épidermiques se détachant peu à peu. Cette constatation permet de poser le diagnostic rétrospectif de scarlatine, confirmé d'ailleurs par l'examen de la gorge. Celle-ci est rouge, les amygdales un peu saillantes. Surtout coryza postérieur très marqué avec écoulement de mucosités jaunâtres sur la paroi postérieure du rhinopharynx. En même temps, il existe de la rhinite antérieure purulente, s'accompagnant de jetage nasal. Pas d'érhrytème sous-narinaire. La culture n'a montré que du streptocoque.

La respiration est gênée. Ronflement. Cyanose pendant le sommeil. Toucher buccal négatif. Pas d'adénopathie cervicale.

Auscultation pulmonaire négative. Rien au cœur. Abdomen un peu ballonné. Rate presque au-dessous du rebord costal. Foie débordant de 1 à 2 travers de doigt. Pas de vomissements. Constipation très marquée. Pas d'albumine. Température à l'entrée 38°2.

Le 17, la température monte à 39°. Enfant très pâle, avec tirage et battement des ailes du nez. A l'auscultation pulmo-

naire, on ne trouve rien, sinon peut-être une respiration un peu soufflante au sommet gauche, en arrière. Sonorité normale sur toute l'étendue des deux poumons.

Les 18 et 19, l'abdomen est distendu et globuleux, sonore. Pas de signes d'ascite, pas de matité dans les flancs, pas de douleurs dans la région appendiculaire, on déprime facilement les flancs des deux côtés.

Les selles sont abondantes, diarrhéiques et fétides. L'enfant est très agitée. dort mal la nuit. Pouls à 160.

Le jetage nasal est toujours très prononcé. Par moments, elle expulse de véritables stalactites muco-purulents un peu denses, presque membraneux, de couleur jaune-verdâtre sans odeur particulière. Erythème narinaire.

Le naso-pharynx ne présente que de la rougeur. Pas de traînée purulente, ce qui fait supposer que le coryza est surtout antérieur. Pas d'adénopathie cervicale. Rien aux oreilles.

23 mars. — A la percussion, matité très étendue du poumon droit observée à l'avant et à l'arrière. A l'auscultation, souffle lointain non accompagné de râles à la partie moyenne et en arrière du poumon. Un peu d'œdème de la paroi. Une ponction exploratrice donne issue à un liquide verdâtre purulent de 3/4 de litre. La dyspnée a notablement augmentée depuis deux jours. Pas de toux.

On décide une thoracotomie d'urgence qui donne issue à un liquide très abondant, environ 1 litre.

Décès le 30 mars, à 3 heures du matin.

Injection journalière d'électrargol du 19 au 28.

Résultats de l'autopsie. — Le foie pèse 570 gr. Enorme, il descend jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne semblant d'ailleurs avoir basculé, à en juger par son attache diaphragmatique. Il est vrai que le diaphragme qui le soutient est, à sa face supérieure, rempli de pus au voisinage du centre phrénique. Il se peut donc qu'il ait basculé. Néan-

moins, il est très gros, d'aspect jaunâtre, avec plaques roses et semble avoir subi la stéatose totale.

Le poumon gauche présente un minimum de lésions et crépite bien dans toute son étendue. A la coupe, pas de pus dans les bronches.

Au niveau du poumon droit, la plèvre présente un certain dépoli et quelques adhérences à la partie supérieure.

Le poumon semble totalement atelectasié. Cependant, à la coupe, le parenchyme ne présente à peu près pas de lésions. Il est rose, crépite encore par places et ne contient pas de pus. Toutefois, à l'extrême base et disposée à la façon d'un coin, existe une zone d'aspect splénisé avec un peu de sérosité louche à la coupe.

Cette portion plonge nettement.

Les reins ont un aspect gris rosé sans adhérences, sans épaississement de la capsule.

Le cœur est normal.

Au cerveau, on est frappé en ouvrant la boîte crânienne, par l'abondance d'un liquide céphalo-rachidien louche, mais non purulent. Les veines et sinus sont turgescents. Plusieurs d'entre eux, examinés, présentent peu de caillots, gelée de groseille, denses, mais non adhérents.

Ces caillots sont plus abondants au niveau du pressoir d'Herophile. Aucune trace de phlébite.

En différents points de la corticalité, surtout au niveau du lobe occipital dans sa partie inférieure, la corticalité est rouge et certainement hyperhémiee. Dans l'interstice des scissures, existent de petits exsudats. Au niveau de la scissure rolandique, la veine est très turgescente un peu dure et l'artère surtout dans sa partie inférieure a une coloration blanchâtre tout à fait anormale en même temps qu'un aspect presque moniliforme.

Cette même turgescence vasculaire se retrouve sur l'hémisphère gauche au niveau des veines corticales. Elle est beaucoup moins apparente à la base.

En quelques points, il semble qu'il y ait sur les trajets vas-

culaires mêmes de petites taches grises qui ressemblent à des granulations.

Les artères de la base paraissent complètement normales.

Du côté gauche, le golle de la jugulaire est turgescent avec des caillots gelée de groseille non adhérents.

Les ganglions trachéo-bronchiques ne présentent aucune trace de caséum. Toutefois, 2 ou 3 d'entre eux en certains points sont légèrement durs et hyalins.

Après séjour dans le formol, l'examen a montré un léger épaissement de la pie-mère, un peu adhérente, qui présente un aspect légèrement laiteux sans avoir pourtant perdu sa transparence. Les vaisseaux restent turgescents. Les veines, du moins autant qu'on peut juger que ce sont des veines, sont inégales, bosselées en même temps que thrombosées. Presque dans tout leur parcours elles sont grisâtres, comme épaissies, avec un calibre très irrégulier.

OBSERVATION III.

G... Germaine, 6 ans. — Entrée le 5 mars 1913.

Scarlatine avec état général grave. Rhinite purulente. Dermite d'apparence érysipélateuse dans la région orbitaire et péri-orbitaire, ayant fait craindre l'apparence d'une sinusite ethmoïdo-frontale, mais ultérieurement terminée par un abcès périlacrynal. Guérison à peu près complète sauf persistance d'une fistule lacrymale avec issue de liquide suppuré. Injection de térébenthine.

Vient pour une éruption.

Antécédents. — Père inconnu. Mère bien portante. Fille unique. Personnellement nourrie au biberon avec lait de vache.

A marché à 1 an. Diphtérie en même temps que sa mère, il y a 2 ans. Pas de croup, pas d'autre maladie.

L'affection actuelle a débuté le 2 mars par des vomissements. Toux très forte. Pas de catarrhe oculo-nasal. Le 5, apparition d'une éruption faciale.

A l'examen. — Bon état général. Eruption morbillieuse nette de la face, commencée au thorax et aux bras. Rien à la jambe.

Enanthème palatin très net. Koplik intense. Langue saburrale. Un peu de catarrhe oculo-nasal. Rien aux autres organes. Température : 39°.

28 mars. — L'enfant est amenée des rougeoles. Le 26 mars, la température est brusquement montée à 40°5, tandis qu'apparaissait une éruption scarlatineuse généralisée. A l'entrée, enfant dans un état de prostration marqué. Délire. Paupières tuméfiées et rougeâtres empêchant l'ouverture des yeux. Coryza bilatéral avec écoulement fibrineux. Langue framboisée. Hypertrophie et hyperhémie des amygdales. Eruption scarlatineuse généralisée avec pli du coude net. Peau de chagrin. Cultures du nez et de l'œil négatives. Gros disque d'albumine.

2 avril. — Etat général grave. Prostration très accusée. Délire marquée. Œdème des paupières avec prédominance à gauche où l'enfant ne peut ouvrir l'œil. Coryza bilatéral avec écoulement purulent. Lèvres sèches et fendillées. Langue rotie sur les bords. Amygdales grosses et rouges, mais sans exsudats ni fausses membranes. Adénite angulo-maxillaire bilatérale. Otorrhée bilatérale à odeur fétide.

L'éruption reste pâle au niveau de la racine des cuisses. Pas de pli du coude.

Cœur normal. Aux poumons, quelques ronchus en bas, en arrière et à gauche.

Gros disque d'albumine. Température : 40°5.

Examen du pus de l'œil gauche : Pneumocoques et cocci.

3 avril. Etat général toujours très grave. L'enfant a déliré toute la nuit et n'a cessé de pousser des cris aigus et plaintifs. Ce matin état de prostration marqué. Elle est couchée en chien de fusil, indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle. Elle pousse par instant un cri plaintif et esquisse avec le bras un geste de défense. La température oscille autour de 40°. Pouls accéléré mais tendu à 128. Respiration bruyante par suite de l'enchifrènement.

L'œdème palpébral a augmenté. L'écoulement purulent par contre est moins abondant. La conjonctive est moins hyperhémée qu'hier.

Le coryza bilatéral persiste, s'accompagnant d'un écoulement purulent verdâtre et très abondant. Erythème périnariaire. Lèvre supérieure tuméfiée, fendillée et saignante.

A gauche, otorrhée abondante sans douleur mastoïdienne. La gorge est recouverte de muco-pus et chaque lavage ramène du pus jaune filant abondant et d'odeur un peu fétide. Sur le pôle supérieur des deux amygdales, exsudats membraneux blanchâtres paraissant adhérents et denses, de la grosseur d'une tête d'épingle à droite, d'un pois à gauche. La culture a montré de nombreux staphylocoques.

L'adénite angulo-maxillaire bilatérale semble avoir augmenté de volume et paraît douloureuse à la pression.

Auscultation pulmonaire négative. Cœur normal. Pas de kernig. Température à 40°. Gros disque d'albumine. La rate n'est pas perçue.

4 avril. — Etat général stationnaire. Néanmoins il semble que la prostration est moins accusée que hier. Ecoulement nasal moins abondant. Par contre, l'œil droit présente une conjonctive hyperhémée, une cornée injectée et un léger écoulement.

Injection de 1 cm³ d'essence de térébenthine dans le flanc gauche.

5 avril. — Examen par le Dr SARGNON. — L'examen local montre de la douleur des deux mastoïdes plus marquée à droite. Pas de douleur en avant du tragus. Les deux conduits auditifs sont boursoufflés rouges, avec oblitérations de la lumière à deux centimètres de l'entrée. Il s'agit ou d'anciens polypes en état d'inflammation ou plutôt de furoncles diffus accompagnant une otite moyenne double.

Amygdales rouges avec à droite de petits points blanchâtres. Plaques blanches sur la langue.

Tirage nasal très marqué. Respiration presque uniquement buccale.

Oedème léger des paupières à droite, plus marqué à gauche, avec du pus dans les deux yeux venant de la région lacrymale. La région frontale droite n'est pas nettement douloureuse. Il s'agit probablement d'un oedème érysipélateux batard des paupières à droite et non d'une sinusite fronto-ethmoïdale. Mais les mastoïdes sont très suspectes surtout à droite.

7 avril. — Amélioration marquée de l'état général, bien que la température reste élevée (39°5). Le délire a disparu. La prostration est peu accusée. L'enfant joue et s'amuse. Au niveau du point d'injection de la térébenthine, rougeur violacée de la surface de trois pièces de 5 fr. avec énorme induration.

Même amélioration localement. L'oedème palpébral a diminué, la rougeur a pâli, la conjonctive est moins hyperhémisée. Plus de pus dans la région lacrymale. Le tirage nasal a disparu ainsi que l'écoulement purulent. Les lèvres ne sont plus oedématisées ni fendillées. La pression mastoïdienne est toujours douloureuse surtout à droite. Il semble cependant que l'otorrhée soit moins abondante.

Injection de sérum antistreptococco : 20 cm³.

8 avril. — Même état général et local. Rien à signaler. L'ouverture de l'abcès a donné issue à deux dés d'un pus crémeux, épais, verdâtre.

9 avril. — Etat général peut-être un peu meilleur qu'hier. Enfant plus gaie, moins abattue. Par contre, la douleur mastoïdienne est toujours très vive, surtout à droite où l'écoulement est abondant. L'œdème palpébral est surtout marqué dans la région lacrymale. La commissure interne, le versant gauche du nez sont boursoufflés, rougeâtres et à leur niveau la pression très douloureuse donne l'impression presque de la fluctuation.

12 avril. — L'enfant présente dans la région lacrymale gauche une tuméfaction rouge violacée superficielle en forme de bissac et fluctuante. Au niveau du sac supérieur, zone sphacélée blanchâtre, de la grosseur d'un pois, paraissant sur le point de céder. Par ailleurs, même état général.

14 avril. — L'abcès lacrymal s'est ouvert spontanément le 13, à 6 heures du matin. Les deux poches palpébrale supérieure et palpébrale inférieure se sont vidées par la zone sphacélée donnant issue à une demi tasse de pus crémeux bien lié. Aujourd'hui la tuméfaction a complètement disparu; il persiste seulement un peu de rougeur et une perte de substance fistuleuse au point d'ouverture.

La douleur mastoïdienne et l'otorrhée ont diminué, néanmoins la température reste à 39°. L'abcès de fixation continue à suppurer.

16 avril. — Amélioration notable. La température s'est abaissée à 37°8. L'enfant est redevenue gaie et cherche à s'amuser.

Localement l'abcès lacrymal est complètement fermé et la pression aux points sinusaux n'est nullement douloureuse. L'otorrhée droite est, par contre, abondante sans que la douleur mastoïdienne soit nette.

5 mai. — L'enfant part. La fistule périlacrymale suppure encore un peu. L'otorrhée persiste. Au point d'injection de la

térébenthine ou mieux d'incision de l'abcès persiste également un petit trajet fistuleux en voie de suppuration. Malgré cela l'état général est excellent. La malade a repris l'appétit, a repris du poids et s'amuse.

Fréquence. — Pronostic. — Etiologie.

La localisation primitive du streptocoque ou du staphylocoque au niveau de la muqueuse nasale, assez rare sans doute, n'est peut-être pas aussi exceptionnelle que pourrait le laisser penser le silence des auteurs classiques à ce sujet.

Nous avons compulsé dans le service des scarlatines à l'hôpital de la Charité 329 observations. Nous avons recueilli les trois cas que nous venons de citer. C'est un pourcentage faible sans doute ; mais si on veut bien se rappeler que sur ces trois cas deux ont été mortels, cela suffit pour nous mettre en garde contre cette complication. Comparé au coryza secondaire, le coryza primitif semble beaucoup plus redoutable. GOUGET donne dans sa statistique une mortalité de 10 % dans le premier. Nos 328 observations nous ont donné 3 morts. Ces chiffres ne sont pas comparables à la mortalité au cours du coryza primitif qui nous a paru de 66 % toutes dues au streptocoque. D'où vient cette virulence du streptocoque au cours de certaines scarlatines ? Sans doute son association avec le virus scarlatin a exalté la virulence de cet hôte normal de nos cavités naturelles et d'un saprophyte en a fait un agent pathogène. Sans doute, il faut faire entrer en ligne de compte la diminution de résistance de l'organisme en lutte avec la maladie. Mais il faut considérer aussi l'âge

du sujet et peut-être le sexe. Nos trois malades étaient de petites filles. Et nous n'avons pas eu connaissance de coryzas primitifs chez des adultes. M. le Médecin Principal NICLOT, que nous avons consulté à ce sujet, et qui a eu l'occasion de soigner de très nombreux cas de scarlatine dans les hôpitaux militaires, nous a déclaré n'avoir jamais observé de coryza scarlatin au cours de sa carrière médicale. Il faut donc, très certainement, faire jouer un rôle à la conformité des cavités nasales et admettre que, chez l'enfant, elle est beaucoup plus propre à la pullulation des germes microbiens. De fait, l'anatomie nous apprend que les fosses nasales sont des cavités très irrégulières. « Si leur longueur, dit TESTUT, qui est de 70 mm. en moyenne, si leur hauteur, qui mesure 45 mm., sont relativement fixes, leur largeur par contre varie beaucoup suivant qu'on la considère entre la cloison et la face convexe des cornets, ou bien entre la cloison et la paroi méatique. Dans le premier cas, elle est environ de 2 à 3 mm. Dans le deuxième cas, elle oscille entre 8 et 16 mm. »

Chez l'enfant, les dimensions de beaucoup diminuées en font presque une cavité close où les germes saprophytes, devenus accidentellement pathogènes, pulluleront librement.

Et si par suite d'affections antérieures, comme cela a eu lieu dans notre deuxième observation, la muqueuse nasale ne peut plus jouer son rôle bactéricide et tenir convenablement, selon l'expression de F. FRANK, son poste de sentinelle respiratoire, le streptocoque ou le staphylocoque, après avoir forcé cette première barrière, auront beau jeu pour diffuser dans l'organisme.

Il semble donc que, dans l'étiologie de cette steptococcie

ou de cette staphylococcie au niveau des fosses nasales, il faille incriminer au premier chef l'âge du sujet. Il nous a paru que c'était surtout une complication de la scarlatine des enfants, et à laquelle prédisposent les affections nasales antérieures. Quoi qu'il en soit, cette complication comporte un pronostic réservé. Elle indique en effet une virulence particulière du germe streptococcique et une déchéance de l'organisme qui se défend mal. De plus, nos observations nous ont montré qu'elle pouvait s'accompagner secondairement d'autres complications redoutables et même mortelles : stomatites, mastoïdites, otites, conjonctivites purulentes, réactions pleuro-pulmonaires.

Diagnostic.

Le diagnostic du coryza streptococcique ou staphylococcique au cours de la scarlatine ne nous retiendra pas longtemps, car il est très facile. Nous l'avons vu survenir pendant la première quinzaine de l'affection, du 5^e au 8^e jour, alors que l'éruption était devenue typique. Il est caractérisé comme tout coryza par une sécrétion plus ou moins abondante de la muqueuse pituitaire, parfois par un revêtement pseudo-membraneux de cette muqueuse, accompagnés par de la gêne respiratoire, une voix un peu voilée, des yeux injectés. L'examen bactériologique de la sécrétion permet de déceler l'agent pathogène streptocoque ou staphylocoque. Le processus inflammatoire peut gagner l'appareil lacrymal, l'appareil auditif. Par septicémie on peut observer des localisations viscérales (pleurésies purulentes, Observ. II).

Donc en présence d'une scarlatine typique avec éruption franche et généralisée, l'erreur n'est pas possible. Il suffit de penser à une infection secondaire et de faire un examen de laboratoire.

Mais lorsque l'éruption scarlatineuse est extrêmement discrète ou, à fortiori, lorsqu'elle n'existe pas, on peut penser à un coryza symptomatique d'une maladie infectieuse au début. Il faut alors rechercher les autres signes de la

scarlatine, en particulier l'angine, et la desquamation. Il est indispensable également de faire l'examen bactériologique des sécrétions nasales pour éliminer :

1° Le coryza de la rougeole. Le diagnostic est facilité par la recherche des taches blanches de koplick et les caractères de l'éruption.

2° Le coryza de la grippe. Outre qu'il s'accompagne du facies dit « grippé », on trouvera chez le malade des signes de bronchite ou de congestion pulmonaire.

3° Le coryza de la méningite cérébro-spinale, l'agent pathogène, parti des fosses nasales, ayant remonté jusqu'aux méninges à travers la lame criblée de l'ethmoïde en suivant les gaines lymphatiques qui entourent les filets du nerf olfactif. Rechercher les vomissements, la céphalée, la raideur de la nuque, la rachialgie, le signe de Kernig.

4° La diphtérie nasale, lorsqu'elle évolue sans symptômes à grand fracas, sans fièvre même. Dans ce cas, l'examen bactériologique seul peut trancher le diagnostic, en décelant le bacille de Lœffler.

Dans les autres cas, on trouvera le bacille de Pfeiffer ou le meningocoque de Weichselbaum.

Ce sont là les affections les plus fréquentes au cours desquelles on peut trouver un coryza. Signalons pour mémoire les maladies plus rares, comme la morve, la lèpre, la syphilis qui peuvent également donner un coryza, mais qui s'accompagnent d'un cortège de symptômes tel que le diagnostic différentiel ne se pose guère dans la pratique. S'il se pose, l'examen bactériologique permet encore de le résoudre.

Traitement.

Le coryza streptococcique, qu'il soit primitif ou secondaire (nous disons primitif ou secondaire parce que le traitement est le même dans les deux cas), que faire quand il s'est installé ? A notre avis, il y a lieu d'envisager le traitement local, une médication leucogène, sous forme de métaux colloïdaux et d'abcès de fixation, une médication spécifique sérø et vaccinothérapie. Disons tout de suite que ces méthodes assez nombreuses se montrent infidèles et souvent peu efficaces.

Traitement local. — Il semble à première vue que l'antisepsie, la désinfection soignée et répétée de la bouche et de la gorge s'imposent également. Cependant les médecins auristes ne sont pas d'accord sur l'opportunité des lavages du nez. Conseillés par les uns comme devant prévenir l'otite moyenne, ils sont considérés par les autres comme pouvant la provoquer en déterminant dans les trompes un apport massif de germes pyogènes.

« Leur seul avantage, dit LESAGE, est de débarrasser mécaniquement les cavités obstruées. Je les mets en pratique seulement en cas de jetage, un le matin et l'autre le soir, et je m'empresse de les abandonner dès que les cavités sont un peu libérées ».

Il semble sage en effet de ne pas provoquer de trauma-

tisme sur cette muqueuse déjà malade et fragile: Tout au plus, pourrait-on à la rigueur appliquer sans frotter un peu de collatoire au borate de soude ou d'huile goménolée.

Métaux colloïdaux. — Cette méthode, à en juger d'après les Observations que nous avons citées, ne paraît pas appelée à donner de grands succès.

Sur nos trois malades, deux ont été traitées à l'électrargol sans résultats. L'une d'elles a reçu une injection et est morte le lendemain sans que sa courbe thermique ait été modifiée, ni les phénomènes toxémiques atténués. L'autre a reçu pendant 10 jours une injection quotidienne. Même résultat.

Abcès de fixation. — Une seule de nos malades, Obs. III, a subi une injection d'essence de térébenthine dans le flanc gauche. 48 heures après, on note au niveau de l'injection, une rougeur violacée, de la surface de trois pièces de 5 francs, avec une énorme induration. L'état général présente une amélioration marquée bien que la température reste très élevée. Le délire a disparu, la prostration est peu accusée. Même amélioration localement. Le tirage nasal a disparu ainsi que l'écoulement purulent. La malade a guéri.

Sans vouloir en rien préjuger de la valeur de la médication d'après une seule Observation, il semble néanmoins que l'abcès de fixation soit la cause de l'amélioration dans ce cas-là. Il serait intéressant d'en poursuivre l'étude pour se faire une opinion.

Séro-thérapie. — Nous avons à notre disposition un sérum spécifique, le sérum antistreptococcique, mis en valeur par MOSER et fait avec le streptocoque scarlatineux.

Pour MOSER, avec l'emploi de ce sérum, on obtient de bons résultats sur le jetage, l'état général, la fièvre. Les auteurs allemands et russes auraient confirmé l'opinion de MOSER. En France, il semble qu'on soit beaucoup moins enthousiaste pour la séro-thérapie. D'une façon générale le sérum antistreptococcique n'a donné entre les mains des cliniciens français que des déboires en médecine humaine. Chez nos trois malades, il a été en tout cas employé sans succès. Aucune action sur la température et les phénomènes toxémiques.

Vaccino-thérapie. — Cette méthode de lutte contre l'infection streptococcique, toute nouvelle puisqu'elle a été employée pour la première fois par MOCQUET, MOULOUGUET et LEVADITI en 1918, n'a pas été mise en œuvre contre le streptocoque de la scarlatine. Ce serait en tout cas un essai à tenter. Et il permet de légitimes espérances soit que l'on use de l'auto-vaccin, soit que l'on en soit réduit au stock-vaccin. La méthode, en effet, a donné entre les mains de MOCQUET, MOULOUGUET, LEVADITI et plus tard LAUNAY, PAILLARD et BACK des résultats très encourageants au cours des infections streptococciques des plaies de guerre.

En somme, les diverses médications à opposer à la streptococcie nasale au cours de la scarlatine apparaissent comme assez précaires. Aucune ne se présente avec une supériorité marquée sur les autres. Aussi, est-il sage, croyons-nous, d'employer à la fois toutes les ressources

de la thérapeutique. Traitement local, médication leucogène, médication spécifique si on y croit, toutes ces armes seront données en même temps à l'organisme qui les emploiera simultanément. Il n'y a aucune contre-indication à agir de la sorte et le malade ne peut qu'y gagner.

CONCLUSIONS.

En somme, sur 328 Observations de Scarlatine, nous n'avons pu réunir que trois cas de coryza primitif. Cette documentation ne nous permet pas encore de tirer des conclusions trop affirmatives. Cependant il nous a paru que :

1° Le coryza infectieux streptococcique ou staphylococcique apparaît le plus souvent comme complication des phénomènes buccopharyngés, mais il peut aussi être primitif et précéder ces phénomènes buccopharyngés.

2° C'est une affection extrêmement rare survenant dans 1 % des cas environs, mais extrêmement grave. La mortalité a lieu dans les 2/3 des cas. Son apparition doit donc toujours faire réserver le pronostic, surtout si l'examen bactériologique a décelé du streptocoque.

3° C'est surtout une complication de l'enfance.

4° Le diagnostic d'avec les coryzas symptomatiques ou la diphtérie nasale est quelquefois difficile au point de vue clinique. L'examen bactériologique seul peut lever les doutes.

5° Les méthodes de traitement en sont assez peu efficaces. Et pour cette raison on doit les mettre en œuvre toutes et simultanément : traitement local, métaux colloïdaux, abcès de fixation, sérothérapie et vaccinothérapie.

Le Président de la Thèse,

GEORGES MOURIQUAND.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 29 janvier 1920.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE.

- BOURGES. — Thèse, Paris, 1891.
- CHARCOT-BOUCHARD. — Traité de Médecine.
- CHAUSSERIE-LAPRÉE. — Thèse, Paris, 1900.
- COLLET. — Précis des Maladies de l'appareil respiratoire.
- ENRIQUEZ. — Traité de Médecine.
- FIESSINGER. — *Gazette Médicale*, 10 mars 1893.
- FILATOW. — Diagnostic des Maladies de l'enfance.
- GAREL. — Diagnostic et Traitement des Maladies du Nez.
- GOUATARMANACH. — Etude sur une forme anormale de la Scarlatine.
- GALLARD. — Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert.
- GOUGET. — *Revue de Médecine*, 1910.
- HUTINEL. — Maladies des enfants.
- LESAGE. — La Scarlatine.
- MARFAN et APERT. — Société Médicale des Hôpitaux, 1896.
- MOIZARD. — Traité des Maladies de l'enfance, de Grancher et Comby.
- E. WEILL. — Précis de Médecine infantile.
-

TABLE DES MATIÈRES.

	Pages
Avant-propos.....	5
Historique.....	7
Observation I.....	9
— II.....	11
— III.....	15
Fréquence, Pronostic, Etiologie	21
Diagnostic..	24
Traitement	26
Conclusions.....	31
Bibliographie	33

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE LUCIEN DECLUME, LONS-LE-SAUNIER.
